



Prise en charge, dans les services d'urgences, des troubles psycho-comportementaux liés à la démence

- Enquête nationale

Dr Clémence GRANGÉ – 06/06/2024

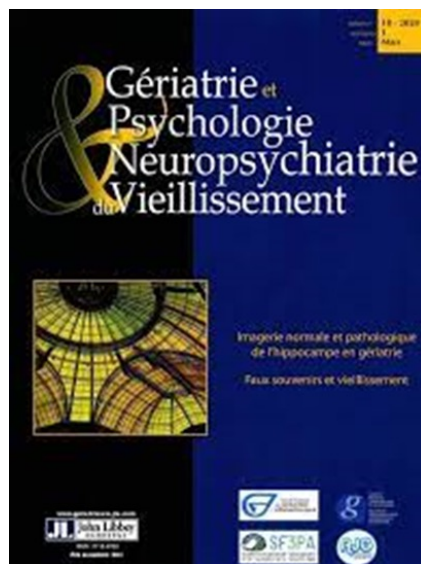
This block contains promotional information for a congress. At the top, a green banner with white text reads '5e Congrès'. Below it, the text 'Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée' is displayed in blue and orange. The dates 'Jeudi 6 et vendredi 7 JUIN 2024' and the location 'MONTPELLIER' are shown in green and orange. The website 'www.sf3pa-congres.com' is listed in blue. On the left, there is a small image of a building facade. On the right, there is a logo for SF3PA, which features a stylized globe icon above the text 'SF3PA'. To the right of the SF3PA logo is a yellow and blue geometric shape.



Conflits d'intérêt



- Aucun à déclarer



Article original

Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2022; 20 (1) - 121-30

Prise en charge, dans les services d'urgences, des troubles psycho-comportementaux liés à la démence – Enquête nationale

Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in general emergency departments. A National survey

CLÉMENCE GRANGE^{1,2}
CLAIRE DÉROCHE^{2,3}
ZAZA MAKAROFF¹
KROLAK-SALMON PIERRE^{1,2}
LEPETIT ALEXIS¹

¹ Hôpital gériatrique des Charpennes, Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne, France

² Université Claude-Bernard Lyon-1, Villeurbanne, France
<clemence.grange@chu-lyon.fr>

³ Hôpital Edouard-Herriot, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

Tirés à part :
C. Grangé

Résumé. La prise en charge des symptômes psycho-comportementaux liés à la démence (SPCD) est complexe et peut nécessiter un recours à un Service d'accueil et d'urgences (SAU). Cette étude a pour objectif principal d'évaluer, au niveau national, les pratiques des médecins urgentistes dans la prise en charge des SPCD, leurs connaissances et leurs compétences dans ce domaine. Cette étude observationnelle et quantitative a été réalisée entre mars 2021 et juillet 2021, au moyen d'un questionnaire en ligne auprès de l'ensemble des médecins travaillant dans un SAU en France. Parmi les 188 urgentistes ayant répondu, 72,9 % se disent confrontés souvent ou très souvent à des patients présentant des SPCD, et 82,5 % déclarent avoir peu ou aucune connaissance concernant les SPCD. La prise en charge choisie en première intention est non médicamenteuse pour 63,3 % des répondants. Quand elle est médicamenteuse, les benzodiazépines de demi-vie courte sont préférées. On note l'utilisation, non négligeable, de neuroleptiques de première et deuxième générations et d'antihistaminiques. Il semble exister une bonne connaissance, par les urgentistes, des filières dédiées aux SPCD, mais peu d'entre eux y ont recours. Cette étude encourage donc la formation des urgentistes à cette problématique et le développement des filières dédiées aux SPCD.

Mots clés : symptômes psychocomportementaux liés à la démence, troubles neurocognitifs, urgences, sujet âgé, iatrogénie

Grangé C, GPNV 2022

Plan

- Introduction
- Objectif de l'étude
- Matériel et méthodes : le questionnaire
- Résultats
- Discussion
- Limites de l'étude
- Perspectives



Introduction

- Quelques définitions :
 - Troubles neurocognitifs (TNC)
 - Symptômes psychologiques et comportementaux liés à la démence (SPCD)

→ **Inventaire Neuro Psychiatrique (NPI)**

Introduction

- 12 SPCD :

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Agitation ou agressivité
- Dysphorie
- Anxiété
- Exaltation de l'humeur
- Apathie
- Désinhibition
- Irritabilité
- Comportements moteurs aberrants
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'appétit

Cummings JL, Neurology 1994



NPI-R CONSIGNES DE PASSATION ET SYNTHÈSE

Le but de l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement. Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportement différents.

PRÉSENCE :

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question. Les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation.

Si le patient (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse NON et passez à la question suivante.

Si le patient présente ce trouble entourez la réponse OUI et évaluez la GRAVITÉ du trouble du comportement avec l'échelle suivante :

GRAVITÉ :

1. Léger : changement peu important
2. Moyen : changement important
3. Important : changement très important

RETENTISSEMENT :

Pour chaque trouble du comportement présent, il vous est aussi demandé d'évaluer le RETENTISSEMENT, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante.

0. Pas du tout
1. Légèrement
2. Modérément
3. Sévèrement
4. Très sévèrement, extrêmement

RECAPITULATIF pour le dossier médical

Type de relation avec le patient :

Très proche/prodigue des soins quotidiens; proche/s'occupe souvent du patient;
Pas très proche/donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

ÉTIQUETTE INFORMATIQUE

ou
Nom du patient
Date de naissance
Date de l'évaluation

| Items | NA* | Absent | Gravité | Retentissement |
|--------------------------|-----|--------|---------|----------------|
| Idées délirantes | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Hallucinations | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Agitation/Agressivité | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Dépression/Dysphorie | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Anxiété | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Exaltation de l'humeur | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Apathie/Indifférence | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Désinhibition | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Comportement moteur | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Irritabilité/Instabilité | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Sommeil | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |
| Trouble de l'appétit | X | 0 | 1 2 3 | 0 1 2 3 4 5 |

SCORE TOTAL / 36 / 60

*NA = question inadaptée (non applicable)

Introduction

- Attention !

Diagnostic différentiel = **Confusion** :

Troubles cognitifs + troubles de la vigilance + troubles psychiatriques

| Confusion | Démence |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Début brutal | Début insidieux et progressif |
| Fluctuations des symptômes | Stabilité sur le nyctémère |
| Vigilance altérée | Vigilance intacte |

HAS 2009

Tout **nouveau** trouble du comportement
(ou modification)
reste un épisode **confusionnel**
...
jusqu'à preuve du contraire !!

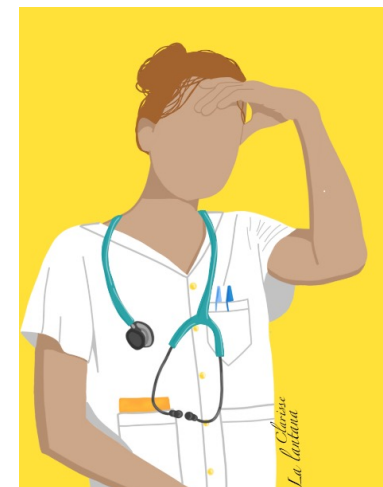
Introduction



Prince, Alzheimers Dement, 2013

Introduction

- Répercussions des SPCD sur le patient et son entourage
 - Conséquences fonctionnelles
 - Iatrogénie hospitalière et médicamenteuse
 - Epuisement des aidants
- Complexité de prise en charge des SPCD :
→ **traitement complexe et encore mal codifié**
- **Dernier recours : le Service d'Accueil et d'Urgences**





Objectif de l'étude

- Evaluer
 - les pratiques des médecins urgentistes
 - dans la prise en charge des SPCD
 - leurs connaissances et leurs compétences
 - A l'échelle nationale

Matériel et méthodes : le questionnaire



- 20 questions :
 - Recueil démographique
 - Formation
 - Stratégies thérapeutiques
 - Orientation du patient/parcours de soin

Prise en charge, dans les services d'urgences, des troubles psycho-comportementaux liés à la démence

Vous êtes urgentistes et vous accueillez des patients âgés atteints de troubles neurocognitifs (démence) dans vos services d'urgences. Pas toujours aisé de gérer leurs troubles du comportement !

Un grand merci pour votre participation à la fois de thèse de DES de gériatrie pour Claire, urgentiste.

Attention ! Ces questions concernent la Démence (SPCD), ce qui EXCLUT de la thèse les troubles aigus ou à une cause organique soulevés.

Clémence GRANGE, interne de gériatrie
Claire DEROCHE, médecin urgentiste

Vous êtes ? *

Une femme
 Un homme
 Je ne souhaite pas le préciser

Quel âge avez-vous ? *

25-35 ans
 35-45 ans
 45-55 ans
 55-65 ans
 Plus de 65 ans

Dans quelle région travaillez-vous ? *

Sélectionner ▼

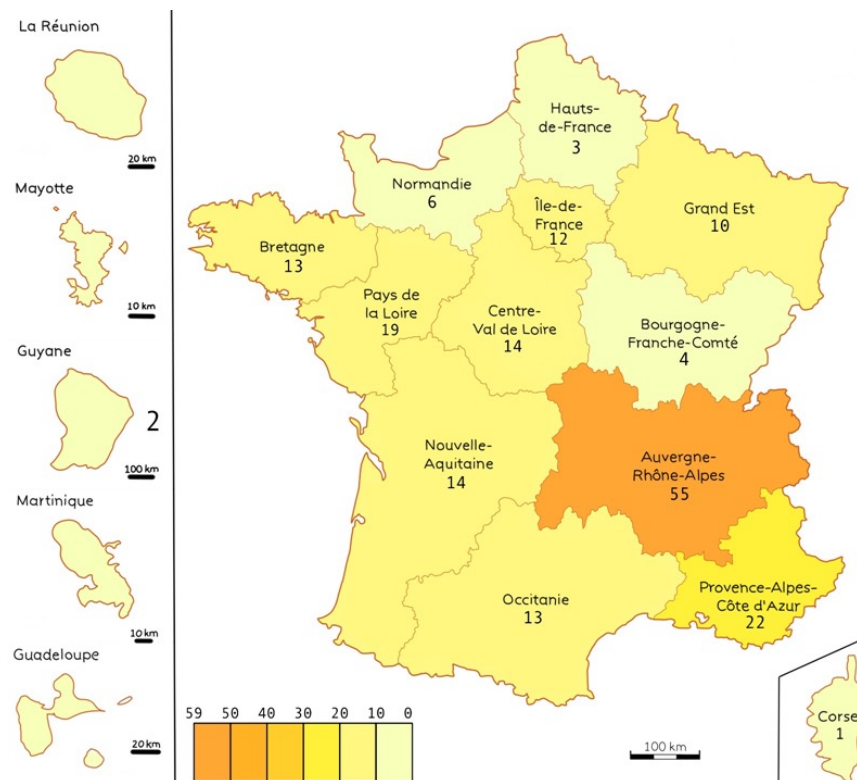
Quel est le nombre de passages quotidiens de patients dans votre SAU ? *

< 40
 40-60
 60-80
 80-100
 100-120
 > 120

Résultats – démographie

- **188 réponses**
- 62,2% de femmes
- 42% de 25-35 ans
- 61% travaillait dans un SAU > 120 passages / jour

Résultats – démographie



Résultats – Formation

- Formation initiale :
 - 57% médecine d'urgence
 - 39% médecine générale
- 96% n'avaient pas de formation complémentaire en gériatrie
- **82,5% : peu ou aucune connaissance sur les SPCD**
- **79,3% : aimeraient bénéficier d'une formation sur les SPCD**

Résultats – Fréquence des SPCD

- **72,9 % : souvent ou très souvent**



Résultats – Stratégies thérapeutiques

En première intention :

- Non médicamenteuse : 63%
- Médicamenteuse : 33%
- Contention mécanique : 3,3%



Résultats – Stratégies thérapeutiques

Tableau I. Classe thérapeutique préférentiellement choisie en fonction du type de SPCD (en N = valeur absolue de répondants ; et en pourcentage du nombre de répondants)

Table I. Preferential therapeutic class chosen by type of BPSD (in N = absolute value of respondents; and in percentage of number of respondents)

| | | Classe thérapeutique choisie | | | | | | | | | |
|------|---|------------------------------|-----------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| | | Aucune | | Benzodiazépines et apparentées | | Neuroleptiques/Antipsychotiques | | Antidépresseurs | | Antihistaminiques | |
| | | N | Pourcentage (%) | N | Pourcentage (%) | N | Pourcentage (%) | N | Pourcentage (%) | N | Pourcentage (%) |
| SPCD | Idees delirantes | 34 | 18 | 18 | 9,7 | 134 | 71,3 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| | Hallucinations | 34 | 18 | 11 | 5,8 | 140 | 74,5 | 0 | 0 | 3 | 1,6 |
| | Etat d'agitation et/ou d'agressivité | 1 | 0,5 | 115 | 61,2 | 55 | 29,3 | 1 | 0,5 | 16 | 8,5 |
| | Symptômes dépressifs/dysphorie | 62 | 32,9 | 22 | 11,7 | 3 | 1,6 | 100 | 53,2 | 1 | 0,5 |
| | Anxiété | 18 | 9,7 | 130 | 69,1 | 2 | 1 | 3 | 1,6 | 35 | 18,6 |
| | Exaltation de l'humeur | 109 | 58 | 38 | 20,2 | 27 | 14,4 | 6 | 3,2 | 8 | 4,3 |
| | Etat apathique | 128 | 68 | 1 | 0,5 | 2 | 1 | 55 | 29,3 | 2 | 1 |
| | Désinhibition | 77 | 40,9 | 51 | 27,1 | 50 | 26,6 | 2 | 1 | 8 | 4,3 |
| | Irritabilité ou instabilité de l'humeur | 80 | 42,5 | 45 | 24 | 25 | 13,3 | 34 | 18 | 4 | 2,1 |
| | Comportements moteurs aberrants | 87 | 46,3 | 58 | 30,9 | 30 | 16 | 2 | 1 | 11 | 5,9 |
| | Troubles du sommeil | 23 | 12,2 | 120 | 63,8 | 5 | 2,7 | 9 | 4,8 | 31 | 16,5 |
| | Troubles de l'appétit | 154 | 81,9 | 1 | 0,5 | 0 | 0 | 30 | 16 | 3 | 1,6 |

Résultats – Benzodiazépines



| BENZODIAZEPINES | Nombre de répondants / 188 | Pourcentage (%) |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------|
| Alprazolam (XANAX) | 45 | 23,9 |
| Bromazepam (LEXOMIL) | 9 | 2,7 |
| Clobazam (URBANYL) | 0 | 0 |
| Clonazépam (RIVOTRIL) | 1 | 0,5 |
| Clorazépaté (TRANXENE) | 10 | 5,3 |
| Clotiazépam (VERATRAN) | 1 | 0,5 |
| Diazépam (VALIUM) | 13 | 6,9 |
| Estazolam (NUCTALON) | 0 | 0 |
| Loflazépaté d'éthyle (VICTAN) | 0 | 0 |
| Lorazépam (TEMESTA) | 4 | 2,1 |
| Lormétazépam (NOCTAMIDE) | 1 | 0,5 |
| Loprazolam (HAVLANE) | 0 | 0 |
| Midazolam (HYPNOVEL) | 9 | 4,8 |
| Nitrazépam (MOGADON) | 0 | 0 |
| Nordazépam (NORDAZ) | 0 | 0 |
| Oxazépam (SERESTA) | 95 | 50,5 |
| Prazépam (LYSANXIA) | 3 | 1,6 |
| Zolpidem (STILNOX) | 0 | 0 |
| Zopiclone (IMOVANE) | 1 | 0,5 |
| Autre | 0 | 0 |

Résultats – Neuroleptiques



| NEUROLEPTIQUES | Nombre de répondants / 188 | Pourcentage (%) |
|----------------------------------|----------------------------|-----------------|
| Amisulpride (SOLIAN) | 0 | 0 |
| Aripiprazole (ABILIFY) | 0 | 0 |
| Chlorpromazine (LARGACTIL) | 1 | 0,5 |
| Clozapine (LEPONEX) | 0 | 0 |
| Cyamérazine (TERCIAN) | 25 | 13,3 |
| Dropéridol (DROLEPTAN) | 0 | 0 |
| Flupentixol (FLUANXOL) | 0 | 0 |
| Fluphénazine (MODITEN) | 0 | 0 |
| Halopéridol (HALDOL) | 45 | 23,9 |
| Lévomépromazine (NOZINAN) | 2 | 1,1 |
| Loxapine (LOXAPAC) | 27 | 14,4 |
| Olanzapine (ZYPREXA) | 1 | 0,5 |
| Paliperidone (TREVICTA, XEPLION) | 0 | 0 |
| Penfluridol (SEMAP) | 0 | 0 |
| Perphénazine (TRILIFAN) | 0 | 0 |
| Pimozide (ORAP) | 0 | 0 |
| Pipampérone (DIPIPERON) | 0 | 0 |
| Pipothiazine (PIPORTIL) | 0 | 0 |
| Propériciazine (NEULEPTIL) | 1 | 0,5 |
| Quétiapine (XEROQUEL) | 0 | 0 |
| Risperidone (RISPERDAL) | 51 | 27,1 |
| Sulpiride (DOGMATIL) | 0 | 0 |
| Sultopride (BARNETIL) | 0 | 0 |
| Tiapride (TIAPRIDAL) | 35 | 18,6 |
| Thiopropérazine (MAJEPTIL) | 0 | 0 |
| Thioridazine (MELLERIL) | 0 | 0 |
| Trifluopérazine (TERFLUZINE) | 0 | 0 |
| Ziprasidone (ZELDOX) | 0 | 0 |
| Zuclophentixol (CLOPIXOL) | 0 | 0 |
| Autre | 0 | 0 |

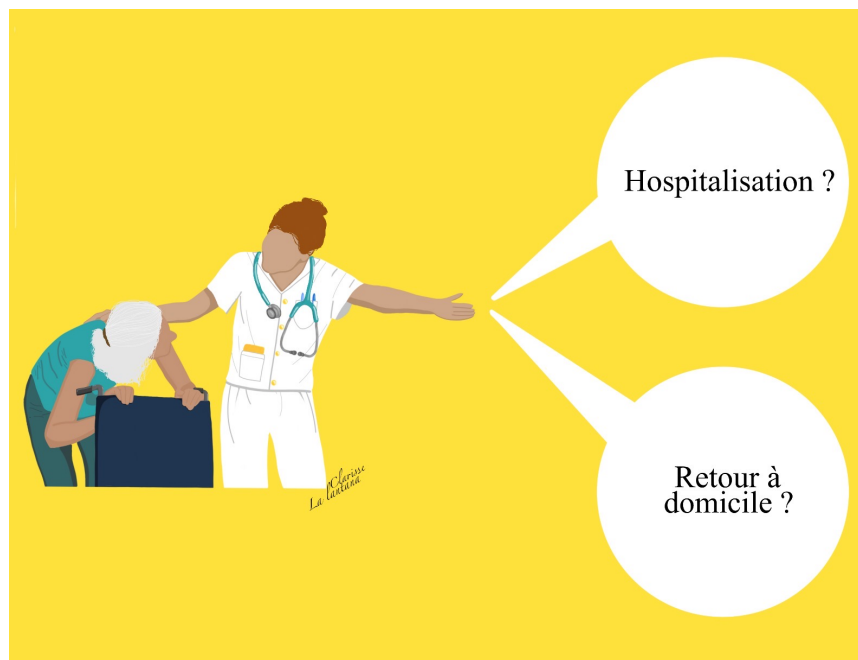
Résultats – Antidépresseurs



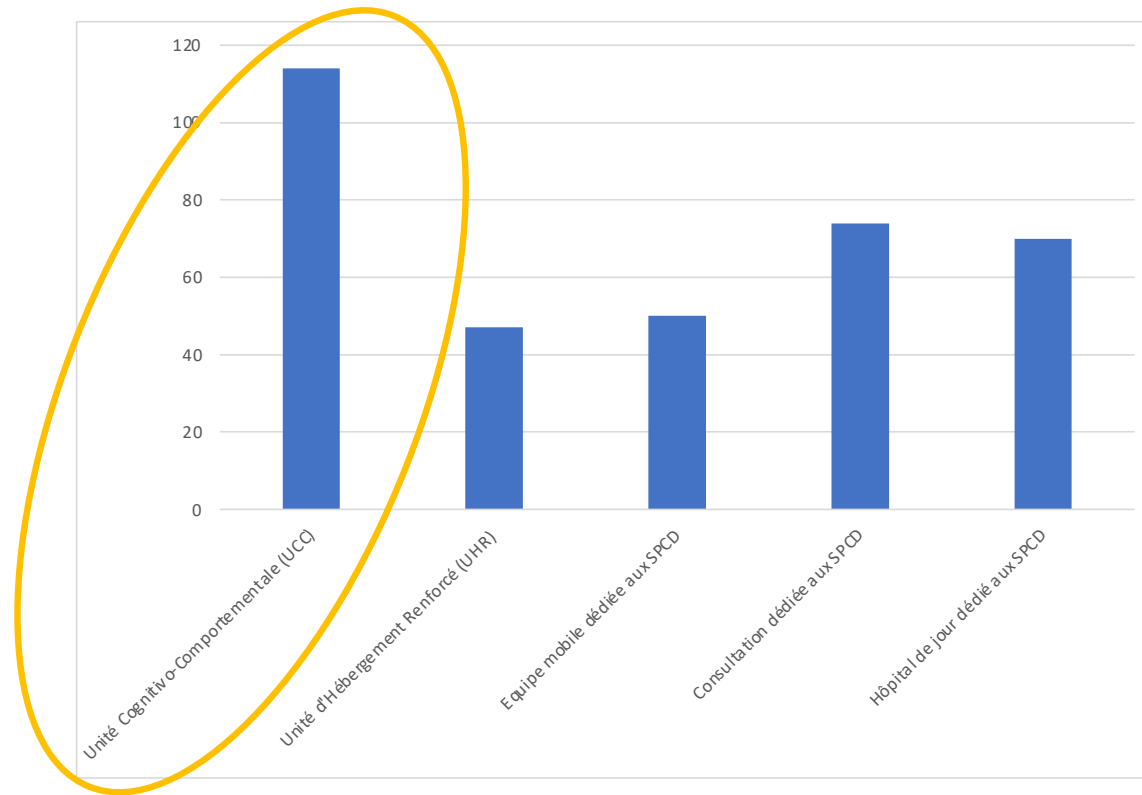
| ANTIDEPRESSEURS | Nombre de répondants / 188 | Pourcentage (%) |
|---------------------------|----------------------------|-----------------|
| Amitriptyline (LAROXYL) | 17 | 9 |
| Amoxapine (DEFANYL) | 0 | 0 |
| Agomélatine (VALDOXAN) | 0 | 0 |
| Citalopram (SEROPRAM) | 11 | 5,9 |
| Clomipramine (ANAFRANIL) | 1 | 0,5 |
| Dosulépine (PROTHIADEN) | 0 | 0 |
| Doxépine (QUITAXON) | 0 | 0 |
| Duloxétine (CYMBALTA) | 3 | 1,6 |
| Escitalopram (SEROPLEX) | 47 | 25 |
| Fluvoxamine (FLOXYFRAL) | 0 | 0 |
| Fluoxétine (PROZAC) | 7 | 3,7 |
| Imipramine (TOFRANIL) | 0 | 0 |
| Iproniazide (MARSILID) | 0 | 0 |
| Maprotiline (LUDIOMIL) | 0 | 0 |
| Miansérine (ATHYMIL) | 24 | 12,8 |
| Milnacipran (IXEL) | 0 | 0 |
| Mirtazapine (NORSET) | 25 | 13,3 |
| Moclobémide (MOCLAMINE) | 0 | 0 |
| Paroxétine (DEROXAT) | 22 | 11,7 |
| Sertraline (ZOLOFT) | 0 | 0 |
| Tianeptine (STABLON) | 1 | 0,5 |
| Trimipramine (SURMONTIL) | 0 | 0 |
| Venlafaxine (EFFEXOR) | 16 | 8,5 |
| Vortioxétine (BRINTELLIX) | 1 | 0,5 |
| Autre | 0 | 0 |

Résultats – Orientation

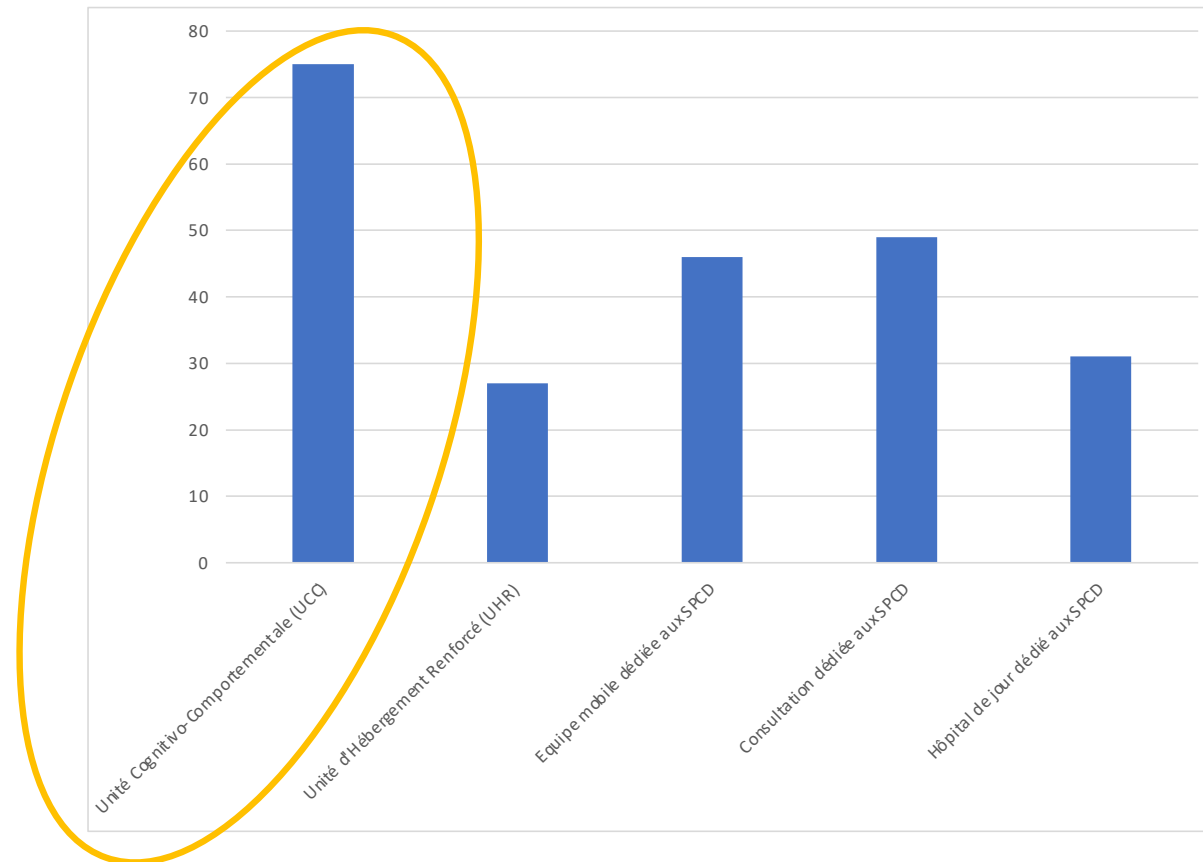
- RAD : 76,6%
- Spécialiste sollicité :
 - Gériatre : 85%
 - Psychiatre : 10%



Résultats – Connaissance des filières de soins



Résultats – Filières de soins - Recours



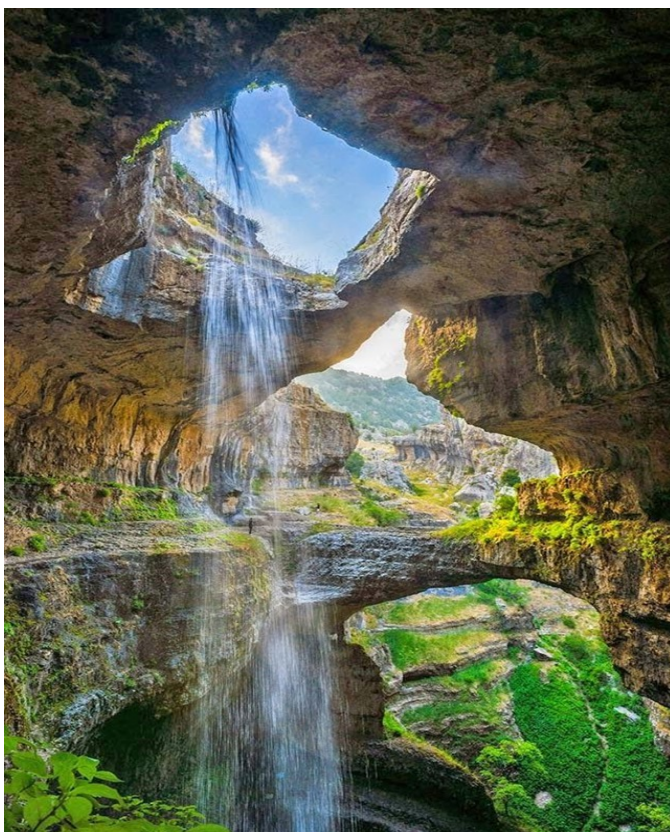
Discussion

- **Urgentistes fréquemment confrontés *versus* peu formés**
- **Stratégies thérapeutiques**
 - enjeu : **Iatrogénie hospitalière et médicamenteuse**
 - Confusion, chute, aggravation des troubles neurocognitifs...

HAS, 2009
Livingston, Lancet, 2017
Dorey, EMC Psychiatrie, 2019



Discussion



Discussion

- **Symptômes bruyants → médicament**



Discussion – Choix des molécules

- **Benzodiazépines :**
demi-vie courte
- **Antihistaminiques :**
Aucune indication

Bourdin, Revue Prat, 2019

McDermott, Curr Geria Reports, 2019

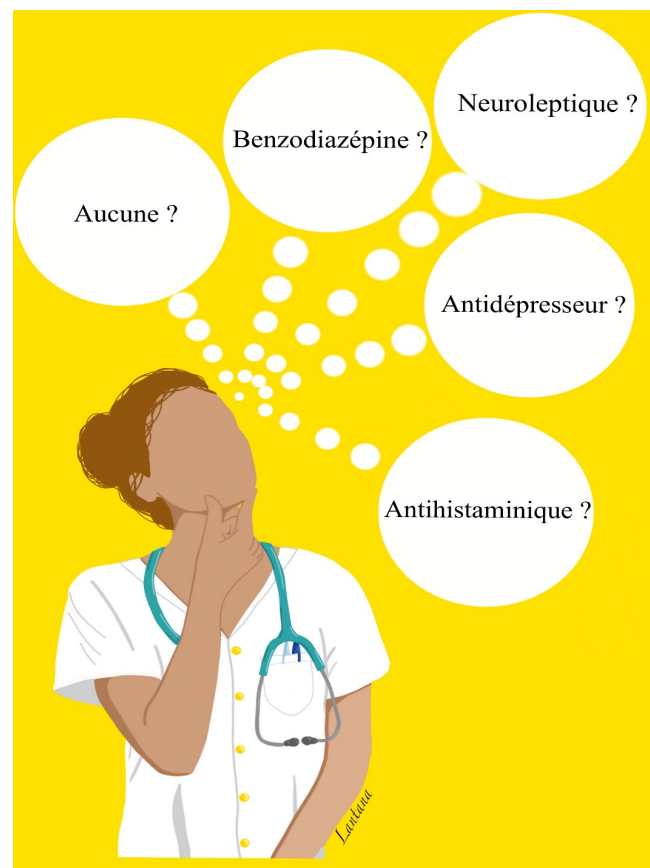
Kinnunen, Curr Opin Psy, 2017



Discussion – Choix des molécules

- **Neuroleptiques/**
- **Antidépresseurs/**
- **Antihistaminiques :**
 - Effets anticholinergiques
 - Effets extrapyramidaux
 - Sd d'hypersensibilité aux neuroleptiques
 - Allongement du QT

*Lonergan, Cochrane Database Syst Rev, 2007
HAS, 2009*

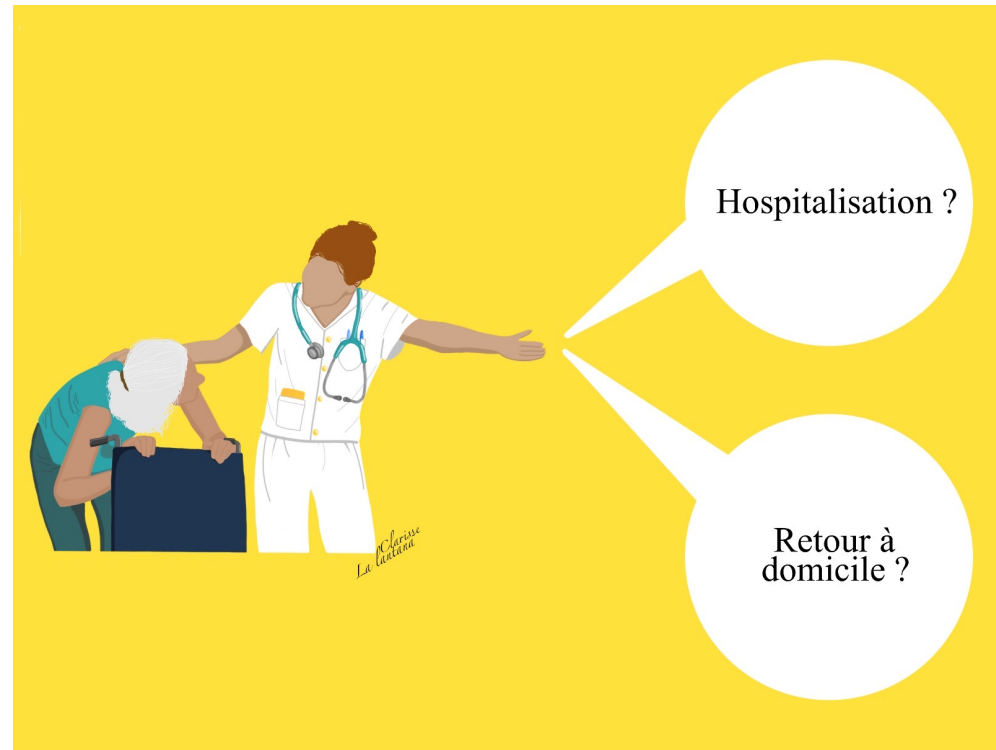


Discussion

- **Hospitalisation si :**

- Pronostic vital menacé
- Dangerosité
- Examens non réalisables en ambulatoire
- Iatrogénie nécessitant surveillance
- Isolement

HAS, 2009



Discussion

- **Filières dédiées aux SPCD**

- UCC : SMR

- Développement d'Unités Aigües Soins Alzheimer ?

Saidlitz, GPNV, 2014

Soto, Int J Geriatr Psy, 2008



Limites de l'étude



- Validité externe inexistante
- Puissance faible
- Biais de sélection
 - Jeunesse des répondants
 - Répartition démographique

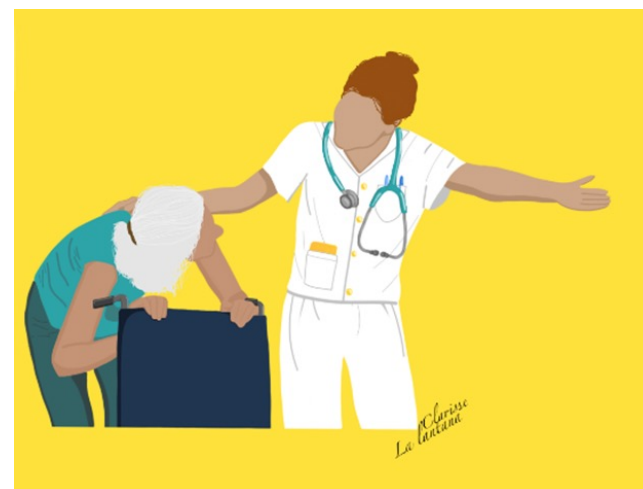


Perspectives



- Développement de formations dédiées auprès des urgentistes
- Développement des dispositifs de soins dédiés aux SPCD
- Recommandations sur la PEC des SPCD

- > Éviter le recours aux urgences
- > Améliorer l'orientation depuis les urgences





Changeons
nos
regards

pour
changer
sa vie

Merci pour votre attention !

Feel geriatric in the air !

